UNIVERSITE DE PARIS VI

FACULTE DE MEDECINE

PITIE-SALPETRIERE

N°70

Année 1975

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Par :

Yvonne MACIEJOWSKI

Née le 22 décembre 1936 à Limoges.

Présentée et soutenue publiquement le: .....

EXPERIENCE de PRISE en CHARGE INSTITUTIONNELLE d'un MALADE CLASSE "ETAT-LIMITE"

PRESIDENT: Monsieur D.J. DUCHE (Professeur)

Atelier du journal FLAMBEAU du C.P.I.B.D-Etampes

UNIVERSITE DE PARIS VI

FACULTE DE MEDECINE

PITIE-SALPETRIERE

Année 1975

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Par :

Yvonne MACIEJOWSKI

Née le 22 décembre 1936 à Limoges.

Présentée et soutenue publiquement le: .....

EXPERIENCE de PRISE en CHARGE INSTITUTIONNELLE d'un MALADE CLASSE "ETAT-LIMITE"

PRESIDENT: Monsieur D.J. DUCHE (Professeur)

Atelier du journal FLAMBEAU du C.P.I.B.D-Etampes

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

- SERMENT D'HIPPOCRATE -

En présence des Maîtres de Cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères, si j'y manque.

A Monsieur le Professeur D.J. DUCHE,

Professeur de la Chaire de Psychiatrie de la
Faculté Pitié-Salpétrière de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait l'honneur de bien vouloir accepter
la Présidence de cette thèse.
En témoignage de notre profond respect.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548106_0035

A nos Maîtres de la Faculté de Médecine
Pitié - Salpétrière de Paris

Qui nous ont apporté leur enseignement
tout au long de nos études

Avec notre reconnaissance.

Au Personnel soignant et administratif
du Service Séglas,

du Centre Psychothérapique Barthélémy-Durand

A Monsieur le Professeur Paul SIVADON,

En témoignage de notre profond respect
et de notre reconnaissance.

- PLAN -

INTRODUCTION

Ière PARTIE :

A - HISTORIQUE DE LA PSYCHIATRIE,

B - LA NOTION DE CHRONICITE DANS SON RAPPORT AVEC LA DEPENDANCE

C - LE CONCEPT D'ETAT-LIMITE

II ème PARTIE : ETUDE CLINIQUE

A - HISTOIRE DE L'HOSPITALISATION

- Le cadre,
- Les évenements.

B - LES ANTECEDENTS FAMILIAUX

C - DIAGNOSTIC

- Au début de l'Hospitalisation,
- Evolution,
- Tests.

D - DYNAMIQUE DES RELATIONS

- Entre Guy et sa famille,
- Entre Guy et l'institution
  - avec les malades,
  - avec l'équipe soignante,
- Entre Guy et la Société.

E - ESSAI D'APPROCHE ANALYTIQUE DU COMPORTEMENT DE GUY

F - SYNTHESE

CONCLUSIONS

INTRODUCTION

"Il est trop bien pour être à l'hôpital et pas assez pour vivre à l'extérieur". Telles sont les paroles d'un infirmier du service à propos de Guy, qui fera l'objet de notre étude.

Comment situer ces malades, qui, multipliant les passages à l'acte violents, contraignent les soignants à utiliser des méthodes répressives ? Ils s'emploient à se faire rejeter par l'institution pour y être ramenés dans des délais parfois très brefs.

Dans l'intervalle de ces crises de violence, ils ont un comportement apparemment normal, et on peut se demander ce qu'ils font à l'Hôpital Psychiatrique qui reste le domaine reconnu de la maladie mentale.

Ce sont eux qui, plus que tout autre, nous posent le problème des limites de la folie.

Il semble en effet, en parcourant l'échelle de la névrose à la psychose, que de tels sujets font partie de ces personnalités qui ne bénéficient que pour une faible part de l'évolution des méthodes psychiatriques.

La prise en charge prolongée, hospitalière et extra-hospitalière, qui nous parait nécessaire pour les psychoses et les névroses graves, semble moins évidente pour ces cas dits marginaux.

Ces derniers sont intermédiaires entre la psychose et la névrose : sans symptome névrotique net et sans décompensation psychotique franche. Ils entrent dans la catégorie des états limites ou border-line et se présentent surtout comme des "désocialisés" non aliénés par un symptome défini. Ils sont incapables de trouver une place dans la société et se maintiennent par rapport à un ou plusieurs systèmes institutionnels, dans une situation de dépendance.

Certaines équipes soignantes ne tolèrent pas ces malades qui sont ainsi amenés à séjourner dans plusieurs services du même hôpital, ou encore dans différents hôpitaux. Ces hospitalisations sont entrecoupées de sorties où il vont d'un foyer d'hébergement à l'autre, ou bien d'une communauté à l'autre pour les plus jeunes.

C'est à propos des questions tant diagnostiques que thérapeutiques posées par ce genre de personnalités, que nous avons

../...

choisi Guy comme sujet d'étude.

Il se présentait, à son arrivée dans le service, comme un éthylique banal. Il est bien évident que chez un certain nombre d'alcooliques dits chroniques que l'on voit après 40 ans, fixés dans un discours stéréotypé, le symptome éthylique masque les problèmes essentiels.

L'alcoolique, c'est bien connu, "ne parle pas" ou alors il s'agit d'un "flot" de paroles concernant tout ce qui touche à l'acte de boire, mais où il n'est jamais le sujet.

Ce n'est que progressivement, que le comportement de Guy et les problèmes qu'il a posés dans le service, ont montré l'insuffisance d'une telle étiquette. Cependant, si nous avons remis en question l'aspect restreint de ce diagnostic, pour en faire un état limite, nous n'avons pas résolu pour autant la difficulté essentielle de la prise en charge de tels malades. En effet, ils ne sont pas "fous" mais définis comme a-sociaux ou mêmes anti-sociaux et, à ce titre, ne trouvent leur place nulle part.

Il n'est pas dans notre intention de généraliser et de faire de tous les éthyliques et de tous les marginaux des borderline, mais de tenter, à travers l'étude du système relationnel de Guy, une meilleure approche de l'une de ces personnalités si difficiles à observer du fait de leur système itinérant.

Avant d'aborder l'étude du cas de Guy sur le plan clinique, nous avons cru bon dans une première partie

. de faire un rapide historique de la psychiatrie,

. d'étudier la notion de chronicité dans son rapport avec la dépendance,

. de préciser l'évolution des idées et l'état actuel du concept d'état limite.

I ère PARTIE

HISTORIQUE DE LA PSYCHIATRIE

De l'Antiquité au Moyen-Age, les établissements pour aliénés sont rares. C'est la "non-identification" du malade mental hors de la société ou bien sa ségrégation carcérale.

Les fous ne sont reconnus que pour être maudits.

Les "troubles de l'esprit" sont, le plus souvent attribués à une origine surnaturelle en dehors de quelques exceptions. En effet, la médecine gréco-latine et arabe considérait les maladies mentales comme des "vésanies" d'origine naturelle, mais rien n'était mis en place pour les traiter.

Au Moyen-Age un double courant s'affronte :

D'une part dans un esprit de charité, certains théologiens, dont Saint-Thomas, défendent la thèse de l'origine naturelle des maladies mentales. Une première impulsion est donnée à l'assistance aux malades mentaux : plusieurs maisons-refuges, des monastères et des hôpitaux reçoivent "les personnes affolées".

D'autre part, c'est aussi l'époque des luttes autour des possessions et des sorcelleries. La démonologie inspire les pires excès.

L'histoire montre donc tout à la fois que beaucoup d'aliénés ont été considérés par l'Eglise comme des possédés et que ses théologiens, ses médecins, ses moines, ont reconnu la folie comme une maladie et l'ont traitée comme telle.

Jean WIER (ou WEYER), né en 1515, se fait l'apôtre de l'anti-sorcellerie contre le démonolâtre BODIN. Beaucoup d'autres ont soutenu le même combat.

Peu à peu, au cours des XVI et XVII ème siècles, la Médecine Mentale conquiert ses droits de cité et les premiers psychiatres tracent les premières ébauches nosographiques et cliniques de la science psychiatrique.

../...

Cependant, on peut dater la véritable naissance de la Psychiatrie au moment de la Révolution Française. Elle est née essentiellement des exigences éthiques, philosophiques et sociales de l'époque.

C'est en 1793 que PINEL, "en brisant les chaines des aliénés" a posé le problème de la maladie mentale dans le cadre des sciences médicales.

Ce geste symbolique n'a cependant pas empêché de tenir emprisonnés les malades désenchainés.

En effet, au XIX ème siècle, le développement des sciences anatomiques et physiologiques aboutit à une médecine mécaniciste. La théorie cartésienne, en posant le problème du "physique" et du "moral" a engagé la science psychiatrique dans une impasse : l'homme malade de l'esprit, à peine né, est ravalé au rang de "fou machine".

La psychiatrie s'institua donc d'abord comme une recherche nosographique d'entités anatomo-cliniques dont la "paralysie générale" servait de modèle.

Dans ce travail d'analyse et d'observation se sont illustrés les grands cliniciens du siècles dernier (ESQUIROL, LESEQUE, FALRET, BALLER, puis MAGNAN, REGIS, SEGLAS en France ; WERNICKE, KRAEPELIN en Allemagne).

Il fallait réduire la maladie mentale à une lésion, c'est à dire la dépouiller de tout ce qui est "psychique" pour en faire un phénomène "purement physique".

Il fallait considérer l'aliénation comme une mécanisation de l'individu, qu'il importait de séparer de ses semblables.

Le "fou" est devenu un problème d'Etat, un problème de préservation de la société dont la loi de 1838 est le reflet "c'est la séquestration dans la ségrégation hors de la société".

Le fou, "pour être protégé contre lui-même", pour être rendu inoffensif pour les autres, est interné. L'internement assure son repos et celui de sa famille.

../...

C'est, à ce moment, la naissance de toute une "architecture asilaire" dont le mur d'enceinte assure la fonction essentielle.

Dans cette forteresse, un certain nombre de mesures sont aménagées :

- bains pour calmer les malades,
- cours grillagées,
- cellules cadenassées,
- camisoles de force...

Des "gardiens" robustes sont prévus pour contenir les fureurs des aliénés.

Enfin, des dispositions réglementaires sont prises pour assurer l'administration de leurs biens, qu'ils ne peuvent gérer.

L'internement était, à ce moment, considéré comme le seul traitement possible, et pour beaucoup, "le fou était incurable".

Au début du XX ème siècle, on assiste à une réaction contre ce point de vue mécaniciste de la maladie mentale.

Diamétralement opposées, c'est le triomphe des théories psychogénétiques :

. Découverte fondamentale de la structure de l'inconscient et de son rôle pathogène par Sigmund FREUD ;

. Importance des facteurs sociaux et de milieu .

Ces théories ont révolutionné la psychiatrie classique dite "kraepelienne".

Dans cette perspective, la forme rigide des entités tend à disparaitre en faveur d'une interprétation plus dynamique du rôle de l'activité psychique dans la formation des tableaux cliniques.

Mais, entre ces deux conceptions extrêmes de la pathologie mentale (mécaniciste et psychogénétique) , s'intensifie le courant organo-dynamiste qui tend à considérer le trouble mental comme une "désorganisation de l'Etre Psychique".

Parallèlement, on passe de la conception de l'Asile comme lieu où sont enfermées les formes dites fatales de l'aliénation, à

../...

l'Hôpital Psychiatrique ou à des services de cure libre comme organismes de soins destinés à guérir les malades.

Après une longue période de passivité thérapeutique, différentes modalités de traitement sont introduites à l'Hôpital Psychiatrique :

- Entre 1920 et 1930, des méthodes dites actives sont utilisées et selon Herman SIMON la thérapeutique passe par trois stades :
  . liberté ("open door", "no restraint"), qui ne doit pas confondre avec le simple laisser faire,
  . responsabilisation du malade,
  . maîtrise psychothérapique du milieu avec étude des résistances du personnel et du milieu.
- Un essai de compréhension de la psychopathologie suivant les théories freudiennes,
- Les premières cures biologiques et médicamenteuses (WAGNER VON JAUREGG et KLAESI).

Cependant, c'est depuis la fin de la deuxième guerre mondiale que

. l'influence croissante des théories psychanalytiques,
. les souvenirs des ignominies de l'univers concentrationnaire et du génocide,
. l'introduction des neuroleptiques dans le traitement,

ont contribué à l'ouverture des portes des anciens asiles.

La nécessité de soigner et de soutenir le malade au delà de son séjour hospitalier à son retour dans son milieu social n'est pas une préoccupation nouvelle.

La notion de secteur s'est peu à peu dégagée de plusieurs exigences :

../...

. caractère indispensable d'une action prophylactique et d'une post-cure,

. extension dans la société du champ de la psychiatrie,

. prise en charge psychothérapique dont la continuité est impérative.

C'est au cours des journées psychiatriques de 1945 à 1947 que la doctrine du secteur commence à se formuler (BONNAFE, DAUMEZON).

En 1957, PAUMELLE tente de réaliser dans le 13 ème arrondissement la première expérience conséquente avec ces principes.

La circulaire du 15 mars 1960, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de "lutte contre les maladies mentales" définit sans ambiguité une politique conforme à la "doctrine" élaborée pour le secteur. Elle prescrit à chaque département d'établir "un programme d'organisation et d'équipement pour permettre la mise en place d'un dispositif mieux adapté et plus efficace de lutte contre les maladies mentales".

LA NOTION DE CHRONICITE DANS SON RAPPORT AVEC LA DEPENDANCE

On ne peut aborder le problème de la dépendance sans poser au préalable celui de la chronicité.

Chronique, d'après Larousse, se définit par opposition à aigu, "qui est limité dans le temps". Ce terme vient du grec "chronos" et implique l'idée de temps "infini". Il s'applique "aux maladies qui se prolongent et poursuivent lentement leurs périodes".

L'asile, le renfermement et la ségrégation des malades ont été, et sont encore souvent tenus pour responsables de la prolongation des séjours hospitaliers, de l'aggravation des psychoses et de leur déchéance.

La chronicité apparait à beaucoup comme une forme "d'hospitalisme" selon RACAMIER.

En dehors de quelques exceptions, la maladie mentale était considérée comme chronique, c'est-à-dire incurable, inguérissable, cette conception entrainait le plus souvent une démission thérapeutique.

Actuellement, l'importance accordée au "fond" sur lequel surviennent les crises ou poussées, atténue la distinction traditionnelle entre les manifestations aigues et chroniques. Ces dernières apparaissent de plus en plus souvent comme l'aboutissement d'une série d'accidents, la période terminale d'un processus ancien. Elles tendent à être reconnues comme de véritables modes d'existence, une manière "d'être au monde".

"Il est en effet peu de manifestations psychopathiques qui ne persistent très longtemps, marquant l'existence entière des individus qui les présentent, souvent depuis les premiers âges de la vie jusqu'à la mort. Une structure névrotique discrète comme une psychose grave font également corps avec la personnalité, sont présentes à tous les moments de l'histoire de sujets aussi dissemblables qu'un petit anxieux ou un schizophrène. Même si le premier peut relever épisodiquement des soins psychiatriques hospitaliers, il est évident

../...

qu'il doit être distingué du second" (Rapport sur la chronicité
L. BONNAFE, L. LE GUILLANT,
H. MIGNOT)

Si donc, on considère la maladie mentale comme une manière "d'être au monde", que signifie le terme de guérison ? Pour l'entourage du malade, il correspond le plus souvent à une conception stéréotypée de la normalité, c'est-à-dire "conforme au type le plus fréquent et dépourvu de caractère exceptionnel, étranger et inquiétant". Il existe de ce fait une confusion entre guérison et sortie du service hospitalier ; confusion que l'on voit surtout dans le public dont l'opinion oscille constamment entre deux pôles : protestation contre le psychiatre et l'internement arbitraire, protestation contre la trop grande liberté laissée "aux fous".

Il est donc nécessaire que la sortie soit suffisamment préparée tant avec le malade qu'avec son entourage.

En effet, malgré l'ouverture des portes de l'asile et les progrés de la thérapeutique, on peut dire que la majorité de la clientèle psychiatrique, "pose chroniquement des problèmes".

Il semble que l'hôpital reste un "refuge" pour une certaine catégorie de malades, qui y trouvent une compensation possible viable au prix "d'une vie de fou", et d'une perte de liberté.

Outre les psychoses, les névroses graves, les arriérés, les déments, un grand nombre de "désocialisés" se retrouvent à l'Hôpital Psychiatrique et sont incapables d'existence autonome.

Tous ces malades sont dans un état de dépendance par rapport à l'institution mais il est bien évident qu'il ne s'agit pas du même type de dépendance pour chacune de ces catégories.

La dépendance se définit habituellement par opposition à liberté et autonomie. Il s'agit d'un état de sujetion et de subordination.

Sous l'angle psychologique, elle se situe plutôt dans une dynamique infantilisme-état adulte, c'est-à-dire comme une forme de fixation ou de régression infantile avec difficultés d'accès à l'état adulte.

../...

LE CONCEPT D'ETAT LIMITE

Ce terme a été repris pour la première fois dans la littérature anglo-saxonne en 1884 par HUGUES :"l'état frontière (border-line) de la folie comprend de nombreuses personnes qui passent leur vie entière auprès de cette ligne, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre".

Cette définition a été reprise par ROSSE en 1880.

Après une longue période d'oubli, ce terme est repris par STERN en 1938; à propos du "nombre croissant de patients, qui n'entrant ni dans le groupe des névrosés ni dans celui des psychotiques,ne posent pas non plus l'indication d'une thérapie psychanalytique". Il note d'une part leur sentiment d'insécurité qui entraîne chez eux une anxiété intense devant toute désapprobation, d'autre part la sévérité de la blessure narcissique consécutive à des carences affectives maternelles.

EISENSTEIN a précisé cette notion en 1949.

WOLBERG (1952), est l'un des premiers auteurs à distinguer radicalement les états limites des sujets psychotiques. Il décrit une série de traits caractéristiques :

". Leur relation d'objet, lui parait répéter une relation parents-enfants, dans laquelle le sujet cherche tantôt à contrôler l'autre, tantôt à être contrôlé, à exploiter ou à être exploité.

. Une ambivalence également marquée par leur désir d'être "un bon enfant" assorti de sentiments négativistes et d'un refus d'obeissance.

. Le caractère insatiable de leurs besoins constants de considérations particulières et de récompenses.

. Leur hyperesthésie aux remarques et au comportement d'autrui (ce qui leur confère un caractère "sensitif").

. Le recours aux fantasmes, comme seule possibilité de satisfaire un désir d'élévation, corrélé à une crainte particulière de leurs velléités agressives à l'égard des autres. Ainsi, d'une

../...

façon masochiste, le patient est conduit à nier les valeurs qu'il pourrait découvrir en lui, comme si cette reconnaissance constituait un acte d'hostilité destructive envers autrui,

. Les sentiments de manque, d'échec, de solitude, de vide, liés à une angoisse d'abandon,

. Des réactions hostiles, avec un profond sentiment de culpabilité et dont certaines sont exprimées sur un mode somatique, tandis que d'autres entraînent un recours aux drogues et à l'alcool,

. Des conduites d'auto-punition,

. En fin de compte, un accroissement de l'angoisse et de la dépression".

Pour WOLBERG, l'état-limite passe avec succès l'épreuve de la réalité, mais du fait de son angoisse de séparation et de son agressivité, il maintient avec difficultés une adaptation satisfaisante.

On le distingue du névrosé du fait de son incapacité à structurer une défense stable et de sa tendance à passer d'un mécanisme à l'autre.

Plus récemment, MODELL (1963), a trouvé une formule pour situer l'état-limite. C'est le "porc-épic" : "dormir assez près de ses congénères pour prendre, au contact de leurs corps, la chaleur dont il a besoin, tout en maintenant une distance suffisante qui lui évite d'être percé de leurs piquants".

Parmi les traits caractéristiques de cette structure, il range :

". Des désordres subtils dans le sentiment de la réalité,

. Un trouble de l'identité,

. Des relations basées sur une identification primaire plutôt que sur l'amour, avec une identité empruntée au partenaire,

. Des fantasmes de destruction primitifs,

. Des régressions temporaires et limitées,

. Le désir d'avoir des protecteurs omnipotents et une énorme dépendance à l'égard des objets externes, mais en même temps une peur intense du "rapproché".

../...

Pour MODELL, l'état-limite est relativement stable et ne conduit pas à une destructuration psychotique. Il s'agit d'un arrêt de développement consécutif à une déficience de la relation maternelle.

Pour PARKIN (1966), également, l'état-limite est un état stable conduisant rarement à la schizophrénie. Il insiste aussi sur le fait que ses traits caractéristiques ne sont pas des symptomes.

Après DELMAS MARSALET (1949), en France, PALEM (1958), fait une thèse sur les "états mixtes et états transitionnels schizo-névrotiques".

Il précise deux caractères qui lui paraissent essentiels :

. Leur organisation psychosexuelle polymorphe,

. La transparence de leur inconscient.

Les études de GRINKER R.R WERBLE B. et DRYE R.C (1968), constituent un essai de synthèse du syndrome border-line. Il s'agit d'un syndrome spécifique avec un degré considérable de stabilité et de consistence interne. Il représente un arrêt de développement des fonctions du Moi et est caractérisé par une combinaison de troubles psychotiques, névrotiques et caractériels avec, en outre, beaucoup d'éléments normaux ou sains. Les symptomes sont instables, mais le syndrome lui-même est reconnu comme stable dans une sorte d'"instabilité stable".

Les quatre composantes fondamentales de ce symptomes sont :

". L'agressivité , comme principal ou seul affect que l'état-limite soit capable d'éprouver,

. Le trouble dans les relations affectives, qui sont anacliniques, dépendantes ou complémentaires, mais rarement réciproques,

. Un trouble de l'identité, vraisemblablement en rapport avec la perte des relations affectives,

../...

. La dépression dont la caractéristique est de ne pas être du type mélancoliforme (avec remords, auto-accusation et sentiments de culpabilité), mais plutôt liée à un sentiment de solitude".

Pour BERGERET (E.M.C. 1970), le diagnostic positif de l'état limite se fait sur les traits suivants :

. La relation d'objet est demeurée centrée sur une "dépendance anaclitique",

. le danger contre lequel se défend l'état limité est une "angoisse dépressive" de perte d'objet.

. Le Moi se déforme sans éclater et fonctionne sur deux registres : un secteur adaptatif et un secteur anaclitique.

. La projection est le principal mécanisme de défense utilisé mais on rencontre également le déni et l'évitement.

II ème PARTIE : ETUDE CLINIQUE

HISTOIRE DE L'HOSPITALISATION

I - LE CADRE

L'ouverture du Centre Psychothérapique Barthélémy-Durand, date de 1963. Mais, réalisé à partir de projets datant de 1956, il correspond encore aux normes de la loi de 1838 et fut conçu pour recevoir tous les malades du département de l'Essonne.

Il présente cependant une nouveauté dans la disposition de ses constructions en village.

Les pavillons de 50 lits, entourés de verdure et de jardins sont reliés par des routes au centre du village où se regroupent église, cinéma, bar, magasin, bibliothèque, ateliers centraux, coiffeur, etc....

Chaque pavillon a une salle de séjour, une salle à manger, une cuisine, des ateliers d'ergothérapie et le plus souvent un bar privé.

Des dortoirs de quatre lits et des chambres individuelles, composent deux unités de 25 lits, à l'étage et au rez de chaussée.

Deux pavillons voisins sont regroupés en un service, sous la direction d'un médecin-chef. Chaque unité a son médecin (interne) et ses infirmiers, chaque pavillon son psychologue, le service son assistante sociale.

Cette répartition du personnel et des locaux a donné aux services leurs personnalités, ce qui a largement facilité la mise en place du secteur. Les unités se sont sous-sectorisées et accueillent les malades d'un canton.

Cette disposition a amené la cohabitation de différentes catégories de malades, hommes et femmes de tous âges.

Ainsi, le service Séglas où Guy est hospitalisé, mixte au niveau des soignés et des soignants, lui permet d'établir des relations diversifiées.

II - LES EVENEMENTS

Guy L. est hospitalisé pour la première fois en février 1972, à la suite d'une crise d'agitation atypique survenue alors qu'il était chez sa mère, à 5 heures du matin. "Il se cognait la tête contre des montants de chaise", nous signale le médecin qui l'adresse.

Il s'agit d'un placement libre.

A son arrivée dans le service, Guy dit ne pas se souvenir de ce qui s'est passé.

Quelques jours après, il nous dira néanmoins :"Je rentrais de la foire, j'étais ivre, j'ai rouspété. Ma mère a eu peur et a appelé les flics".

Il s'agit d'un jeune homme de 23 ans, célibataire, exerçant la profession de manoeuvre, de façon discontinue.

Il est de taille moyenne, mince, d'aspect un peu efféminé, avec cheveux bruns, crépus.

Il s'exprime correctement mais répond difficilement aux questions, ne regardant jamais la personne avec qui il parle.

Nous apprenons les faits suivants :

Il est l'ainé d'une fratrie de 5 : 4 soeurs plus jeunes : 22, 18, 15 et 11 ans.

Son père est manoeuvre, depuis 14 ans dans la même entreprise.

Sa mère travaille dans les fermes.

Ses parents sont séparés depuis 1970 (Guy avait alors 21 ans).

Sa scolarité a été irrégulière ; il n'a pas obtenu son Certificat d'Etudes Primaires.

A l'âge de 14 ans, il débute comme apprenti peintre dans l'entreprise où travaille son père.

Il quitte cet emploi qui ne le satisfait pas, après un an et demi.

../...

Il travaille ensuite comme manoeuvre magasinier dans la même usine que l'ainée de ses soeurs. Celle-ci est licenciée au bout d'un an, il provoque alors une bagarre et est renvoyé.

Puis, il fait divers travaux (terrassier, travail dans les fermes....), cessant alors d'être déclaré à la Sécurité Sociale.

En Mai 1969, il est incorporé.

Après 2 mois à Fontainebleau, à la suite d'une permission, il refuse de réintégrer sa base. Les gendarmes viennent le chercher et il est muté dans une compagnie disciplinaire ; en Novembre 1969, il est réformé "pour raisons de santé " (?)

Il reprend alors une activité épisodique, jusqu'à son hospitalisation, en février 1972.

Il nous apprend, par ailleurs, qu'il boit depuis l'âge de 12 ans : un litre de vin blanc par jour et de la bière.

L'examen clinique montre quelques signes d'imprégnation et une hépatomégalie légère.

Les tests hépatiques ne sont pas perturbés.

On décide, en accord avec Guy, d'établir un traitement. Il dit redouter les perfusions, mais les accepte néanmoins.

Il adopte ensuite une attitude très passive devant le traitement proposé. Une cure de dégout est alors envisagée. Un électro-Encéphalogramme pratiqué dans cette perspective montre un aspect de comitialité avec une pointe onde isolée sans topographie précise. Cet aspect n'est pas retrouvé au cours des Electro-Encéphalogrammes pratiqués ultérieurement.

Guy n'a jamais présenté de crise typique avec perte de connaissance. Nous discutons le diagnostic d'épilepsie à propos des crises d'agitation avec confusion et amnésie post-critiques, qu'il présente lors d'excès éthyliques, au cours de son hospitalisation.

Par ailleurs, les tests mettent en évidence des indices d'organicité (Benton, Weschler).

../...

Pour ces raisons, on ne pratiquera pas de cure de dégout, ce qu'il utilisera ultérieurement pour justifier ses rechutes.

Quelques jours après l'admission de Guy, un voisin vient, spontanément, nous donner des renseignements qui confirment les dires de Guy, et précisent certains points.

Il boit depuis de nombreuses années, ce qui a motivé ses renvois des différents emplois.

Il reste peu de temps chez le même employeur, car il accepte mal d'être commandé.

Il est apprécié par le voisinage :"on ne peut rien lui reprocher dans le pays, il ne ferait pas de mal à une mouche".

Il ne sort jamais de chez lui, ne parle pas aux filles, et en aurait plutôt peur.

Les derniers temps, il buvait, seul ou avec des copains (vin blanc + ricard).

C'est la mère qui lui donne de l'argent. Elle même boit, est souvent ivre et reçoit de nombreux amants.

Ces deux éléments seraient la cause de la séparation des parents.

Dans le service, le contact est difficile, il ne parle pas spontanément et répond brièvement aux questions, le regard est fuyant.

D'après les infirmiers, "sous son aspect timide, il cache un caractère pas facile, est assez méfiant, nous observe".

Il participe volontiers au travail d'entretien du service (ménage, vaisselle) et va régulièrement à l'ergothérapie. Il sait travailler et aime surtout s'occuper du jardinage.

Il a peu de relations avec les autres pensionnaires et s'isole souvent.

De février à mai 1972, Guy se présente à tous comme un malade "parfait", gentil, serviable, posant peu de problèmes aux

../...

soignants mais ne parlant jamais de ses difficultés réelles.

Son discours tourne toujours autour du travail, difficile à trouver.

Les permissions de week-end se passent bien.

En ce qui concerne son avenir, il est tout-à-fait d'accord avec ce qu'il pense être notre désir, "il travaillera et arrêtera de boire".

Il n'est pas possible d'aller au-delà dans le dialogue avec lui à ce moment là.

Malgré la jeunesse de Guy, et en raison de ses antécédents personnels, nous retenons le diagnostic d'éthylisme.

Il entre en contact avec un délégué de Vie Libre qui lui trouve un travail d'aide-cuisinier à Brétigny.

3 mois et demi après son arrivée, il commence donc à travailler et passe en Hôpital de Nuit.

Dès la fin de la première semaine de travail, Guy rentre en état d'ébriété de sa permission de week-end, il se montre agressif vis-à-vis des soignants, et refuse de dire ce qui s'est passé.

Le lendemain, il revient de son travail assez triste. Il parle de sa permission, où il n'a pu rester qu'une heure chez lui, s'étant disputé avec sa mère.

"Elle ne m'a jamais aimé. Je me débrouille seul depuis l'âge de 12 ans. C'est ma faute si mes parents se sont séparés. Mon père me traite de "bougnoul".

J'ai rencontré des copains qui ont dit que j'étais un dégonflé parce que je ne voulais pas boire".

Tels sont alors ses propos.

Après cet incident, il continue son travail à Brétigny, sans problèmes apparents, pendant un mois et demi.

../...

En juillet 1972, c'est la sortie définitive de l'Hôpital. Il a trouvé une chambre dans un foyer SONACOTRA à Etampes.

Il n'y reste qu'un mois et semble avoir mal supporté la promiscuité avec les algériens.

Depuis cette date, dit-il, "j'ai peur d'être attaqué par des algériens et je fais des cauchemars la nuit".

Parallèlement, il donne à plusieurs reprises sa démission, démission qui chaque fois, est rattrapée par le délégué de Vie Libre.

Il est réhospitalisé début août 1972 durant deux mois.

Il reprend son travail, passe en Hôpital de Nuit un mois, puis prend une chambre près de son lieu de travail.

Il va travailler pendant quatre mois, faisant de surcroit, du travail noir dans un bar.

A cette époque, on note quelques excès éthyliques avec des troubles de l'humeur, relativement bien tolérés par l'entourage, grâce à l'intervention de Vie Libre.

De plus, Guy semble être apprécié par ses collègues et ses chefs.

Durant cette période, le délégué de Vie Libre, nous a signalé à plusieurs reprises des incidents. Après discussion en équipe, nous avons décidé de ne pas intervenir.

La demande de Vie Libre devenant de plus en plus pressante, un infirmier va voir Guy à son travail et à son domicile. Il l'engage à reprendre son traitement médicamenteux, interrompu depuis quelques semaines.

Deux jours après la visite de l'infirmier, en février 1973 (un an après sa première hospitalisation), il est ramené à l'Hôpital avec une symptomatologie comportant :

- des tendances syncopales et,
- des manifestations de type hystéroïde.

Cette troisième hospitalisation va durer un an, émaillée de nombreux incidents.

../...

Il va en ville, avec ou sans permission, boit et se fait ramener en état d'ivresse par les pompiers ou les gendarmes.

Il a un comportement agressif dans le pavillon, obligeant les soignants à lui faire une injection. On peut noter que ces incidents ont lieu principalement quand des infirmiers hommes sont en service.

Le lendemain de ces incidents, il est opposant, refuse toute alimentation, ne quitte pas sa chambre.

Progressivement, il reprend ses activités jusqu'à la prochaine permission.

Un mois après sa réhospitalisation, il participe à un groupe d'alcooliques et commence à aborder sa problèmatique :

- relations avec ses parents,
- auto et hétéro-agressivité,
- conduites d'échec.

On observe, au niveau du discours, la même stéréotypie qu'au niveau du comportement.

Il nous reparle de sa mère qui le faisait boire, dès l'âge de 12 ans pour qu'il dorme, afin de recevoir ses amants.

Il est jaloux de ces hommes, il y reponse constamment. C'est la raison pour laquelle il n'a pu rester à Brétigny, et dit-il, "il devait revenir chez lui pour voir sa mère et savoir", questionnant pour cela un voisin".

Ils sont cinq enfants, tous de père différent.

Son père, éthylique désintoxiqué, vit actuellement chez une de ses tantes. "C'est un pauvre type qu'il aime bien". Guy ne s'est bagarré qu'une seule fois avec son père, le jour où ce dernier l'a traité de "bougnoul".

Il dit qu'il est foutu ; il sent en lui une agressivité importante, qu'il essaie de dominer, mais ne peut s'empêcher d'être violent à certains moments.

Il ne sait pas ce qui se passe en lui, il pense constamment à sa jeunesse et à l'attitude de sa mère à son égard.

../...

Il donne l'impression de "tourner en rond".

Guy répète, comme un leit-motiv, toujours la même histoire, à laquelle vont s'ajouter par la suite, des éléments d'auto-destruction.

"Je voudrais aller aux sapins (pavillon dit "disciplinaire") pour en prendre plein ma gueule, ça me ferait du bien. Si j'étais bouclé, je serais vraiment content. Je veux partir d'ici et on ne veut pas. Je voudrais qu'on me haïsse".

Il va jusqu'à s'allonger sur la chaussée devant une voiture, et parle d'en finir.

En mai 1973, on envisage sa participation au séjour thérapeutique. Cette perspective semble lui plaire.

Il fait, à ce moment, un passage à l'acte :

Il brise une vitre, se blesse au pouce gauche et à l'avant-bras, ce qui nécessite son transfert à l'Hôpital Général, pour une intervention chirurgicale.

Après une discussion entre les soignants, Guy part en séjour thérapeutique en juin 1973 mais, d'emblée, ses excès éthyliques le font rejeter et il doit revenir à l'Hôpital.

Pendant l'été, aucun problème ne se pose, il travaille régulièrement au pavillon et à l'extérieur, chez des soignants.

Mais, en septembre, il rentre de nouveau ivre de permission, déclarant : "je suis une loque, un déchet, je suis foutu, je veux ma sortie pour travailler, et vous n'entendrez plus parler de moi".

Guy fait l'objet de plusieurs réunions de synthèse et on décide alors d'entretiens duels, ce qui semble l'angoisser.

Il parait réticent, mais, en fait, parle assez spontanément et plusieurs problèmes peuvent être abordés.

En particulier, à partir de ses difficultés à sortir de l'Hôpital, les perturbations de son système relationnel apparaissent sous forme d'une extrême dépendance vis-à-vis de l'institution hospitalière,
de l'alcool,
et de ses images parentales.

Pendant deux mois, il ne présente pas de troubles du comportement et on envisage alors un essai de travail. Cet essai échoue

../...

au bout de trois jours. Il semble que l'expression de graves problèmes conflictuels, ait accru l'anxiété de Guy et compromis cette tentative.

La reviviscence de ces conflits, soulève chez lui une angoisse importante. Le risque de passage à l'acte suicidaire nous conduit à envisager une cure de sommeil, qui est entreprise aux environs de Noël.

Après la cure de sommeil, Guy va bien pendant quelques jours. Ses permissions se passent sans incidents et il travaille au pavillon.

Nous reprenons les entretiens, mais il se montre réticent, s'arrangeant pour ne pas être là au moment des rendez-vous. Ces entretiens sont donc interrompus.

Il reprend contact avec le délégué de Vie Libre, qui lui trouve un travail chez un grainetier. A ce moment, il se sent mal, et adopte dans le service un comportement caractériel avec mutisme et opposition. Il refuse de nous parler et réclame sa sortie, que nous lui accordons.

Trois jours après, il revient en ambulance avec un certificat médical d'un généraliste. Il prétend, à ce moment, qu'il croyait venir en consultation, et se montre opposant. En fait, il accepte facilement sa réhospitalisation.

Il commence à travailler chez le grainetier le 6 février 1974, et passe en Hôpital de Nuit.

Il conserve cet emploi jusqu'en mai 1974 avec quelques arrêts de brève durée.

En mai, il rentre presque tous les soirs ivre au pavillon, puis cesse son travail sans prévenir et ne revient plus dans le service. Il est considéré comme sortant.

Après discussion en équipe, nous décidons de ne pas intervenir s'il ne se manifeste pas.

Nous apprenons en octobre 1974 qu'il vit seul chez lui. Sa mère est partie. Il va être expulsé car le loyer n'est pas payé. Il travaille de temps en temps dans des fermes, et continue à boire.

LES ANTECEDENTS FAMILIAUX

Les renseignements que nous avons pu obtenir sont incomplets du fait des réticences rencontrées lors des entretiens avec la famille.

Histoire du Père :

Le père de Guy est venu nous voir, accompagné d'une soeur, chez laquelle il vit depuis son divorce.

Monsieur L. est un homme de 53 ans, grand, chatain clair, au teint rouge, aux conjonctives colorées. Il est lent, s'exprimant pauvrement, laissant à sa soeur le soin de nous parler. Il est cependant présent et attentif.

Ses parents étaient ouvriers agricoles dans l'Aisne. Son père est décédé à l'âge de 82 ans.

Sa mère, âgée de 85 ans, est encore vivante et en bonne santé.

Il est le 7 ème d'une fratrie de 8 :

- 3 soeurs ainées,
- 2 frères, morts en bas âge,
- 1 frère, mort à la guerre,
- 1 frère plus jeune.

Il n'y a pas d'antécédents psychiatriques connus dans la famille.

Monsieur L. n'a jamais été sérieusement malade, et son premier développement aurait été normal.

Elevé en famille, il a fait une scolarité médiocre et n'a pas obtenu le Certificat d'Etudes Primaires.

Dès l'âge de 12 ans, il a travaillé dans des fermes.

Il n'a pas fait son service militaire, en raison de sa classe.

En 1943, c'est l'éxode et la famille de Monsieur L. vient dans l'Essonne.

A la fin de la guerre, Monsieur L. reste dans l'Essonne, alors que sa famille retourne dans l'Aisne.

../...

Monsieur L. fait la connaissance de sa femme à l'occasion de visites qu'il fait à ses parents dans l'Aisne.

Ils se marient peu après, en 1948, et s'installent dans un village près d'Etampes, où ils louent une maison de quatre pièces.

Monsieur L. continue à travailler dans la culture, jusqu'en 1951. Il prend alors un emploi de manoeuvre dans le bâtiment. Il est stable dans ses emplois, puisque depuis 15 ans il est employé dans la même entreprise.

Au début de l'année 1970, Monsieur L. fait 40 jours de prison à Fleury-Mérogis, à la suite d'un incident survenu chez lui, où les gendarmes ont dû intervenir : il est accusé par sa femme et ses enfants de "boire, de les battre, d'avoir voulu violer la deuxième fille".

Ces griefs ne sont pas retenus contre Monsieur L. et il bénéficie d'un non-lieu.

Il est ensuite hospitalisé deux mois au Centre Psychothérapique Barthélémy-Durand, pour une cure de désintoxication.

Pendant son hospitalisation, Madame L. demande le divorce et Monsieur L. va vivre à Etampes, chez une de ses soeurs mariée.

Le divorce est prononcée en mars 1971, Monsieur L. n'est pas déchu de ses droits.

Il est suivi régulièrement en dispensaire jusqu'en mars 1972, et cesse complètement de boire.

Histoire de la Mère :

Nous avons peu de renseignements la concernant, car elle s'est toujours montrée réticente, refusant souvent de venir aux convocations.

Madame L. se présente comme la victime de son mari, à qui elle reproche d'être éthylique.

C'est une femme de 45 ans, petite brune, un peu ronde, d'aspect agréable.

../...

Ses parents sont Suisses et sont venus s'installer dans l'Aisne en 1946. Aucune explication n'est donnée à ce changement.

Ils sont ouvriers agricoles, décrits comme de braves gens, mais de mentalité un peu rigide.

Elle est la 3 ème d'une fratrie de 9 (6filles et 3 garçons).

Il semble que trois des filles se soient mariées pour fuir l'emprise un peu étouffante de la famille ; Après leur mariage, comme la mère de Guy, elles se seraient mises à boire et auraient pris des amants.

Un frère s'est engagé dans la légion,

Les autres frères et soeurs n'auraient pas présenté de problèmes d'adaptation importants.

Histoire du couple :

Monsieur et Madame L. se connaissent peu en 1948. Il semble que ce mariage ait servi à Madame L. d'occasion pour se libérer de sa famille, car elle n'aime ni n'estime son mari, qu'elle trouve "sale et grossier".

D'emblée, elle prend un amant qui est contremaître sur le chantier où travaille Monsieur L.

Il est d'ascendance algérienne et serait le vrai père de Guy, qui naît un an après le mariage.

Elle a eu successivement quatre autres enfants, tous d'un père différent.

Depuis le début, Monsieur L. est au courant des avantures de sa femme. Il sait, et dit que les cinq enfants ne sont pas de lui. Il accepte cet état de fait, ce qui nous amène à nous poser un certain nombre de questions sur la structure psychologique des époux.

D'après les investigations psychiatriques et les antécédents, Monsieur L. semble être un sujet à personnalité fruste, d'apparence inaffective. Il s'agit peut être d'une psychose infantile, stabilisée sur un mode de pseudo-débilité, compensée par la boisson.

../...

En ce qui concerne Madame L. à la suite d'entretiens et après enquête, nous pensons qu'il s'agit d'une femme ayant utilisé son mariage dans le but de devenir autonome. Elle voulait mener sa vie librement, avec un mari peu encombrant, ramenant l'argent à la maison. Il semble qu'il y ait eu chez elle une perturbation importante dès l'enfance dans sa relation avec son père, étant donnés son système relationnel avec les hommes et les fantasmes de mort qu'elle a vis-à-vis d'eux :

- mari falot qu'elle utilise mais refuse comme partenaire sexuel et qu'elle envoie en prison quand il devient trop encombrant : "Il est sale, bat les enfants et rentre ivre à la maison. Il a voulu violer la deuxième fille", griefs qui, on l'a vu plus haut, ne seront pas retenus contre Monsieur L.

- choix d'amants tous beaucoup plus jeune qu'elle,

- relation assez particulière avec son fils Guy. Elle l'amenait partout avec elle, dès son plus jeune âge, afin qu'il lui serve d'alibi :

. l'empêchant d'aller régulièrement en classe,

. le faisant boire quand elle recevait ses amants, qu'elle prenait de plus en plus jeunes, au fur et à mesure de la croissance de son fils, finissant par choisir des camarades de Guy.

. enfin, elle aurait eu avec lui des relations incestueuses quand il avait 17 ans.

De par ce mode relationnel s'est instaurée une coalition entre la mère et ses enfants ainés, pour se débarasser du père. En 1969, alors que Guy revenait du service miliataire, Madame L. a réussi à faire faire des faux témoignages par ses enfants, qui chargent leur père gravement, pour préserver :

. chez Guy, sa relation avec sa mère,

. chez les filles, leur mode d'identification à leur mère (la deuxième fille qui reçoit, dès l'âge de 15 ans, des amants, déclare faussement que son père a voulu la violer).

../...

Après la séparation des parents, la garde des enfants est retirée à la mère, mais Guy continue à vivre chez elle,

L'aînée des filles part à Marseille chez sa marraine, on ne sait pas ce qu'elle est devenue,

La deuxième est placée à la Rochelle et travaille dans un réstaurant,

Les deux plus jeunes vont près d'Etampes, dans une pension tenue par des religieuses, où personne ne va les voir.

Ainsi, la famille se trouve complètement disloquée, mais un lien persiste cependant entre Guy et sa mère.

DIAGNOSTIC

I - AU DEBUT DE L'HOSPITALISATION, Guy reçoit l'étiquette d'"alcoolique". Ce diagnostic est posé peut-être un peu rapidement devant :

. le début de l'imprégnation, qui remonte à l'âge de 12ans,

. l'ingestion quotidienne avouée (1 litre de vin blanc par jour, plus de la bière),

. son instabilité au travail, mise sur le compte de l'alcool,

..son discours : "je bois depuis l'âge de 12ans, mon père boit, ma mère aussi. C'est une habitude. De plus, quand on sort avec des copains, ils se moquent de vous si vous ne faites pas comme eux, et sans me vanter, je sais bien tenir le coup ! Maintenant, j'ai compris, je vais arrêter de boire et trouver du travail".

La découverte d'une "pointe onde isolée sans topographie précise" à l'Electro-Encéphalogramme pratiqué au début, et qui n'est pas retrouvée sur les autres examens électriques, nous fait poser le problème de l'épilepsie.

Guy, à notre connaissance, n'a pas d'antécédents de convulsions dans l'enfance ni de traumatisme crânien. Les radiographies du crâne sont normales.

D'autre part, il n'a jamais présenté de crises généralisées typiques de Grand Mal ou de Petit Mal, ni de crises pouvant entrer dans le cadre des épilepsies partielles.

Par ailleurs, de l'avis unanime de l'équipe soignante, Guy ne présente pas les troubles du caractère répondant à la description classique de l'épileptique:

Il n'a pas la glischroïdie, c'est-à-dire cette affectivité collante et visqueuse, ni l'explosivité habituellement décrites.

La traduction clinique de cette épilepsie pourrait en être ces crises d'excitation psychomotrice avec agressivité, suivies d'une destructuration de la conscience plus ou moins complète, et d'une amnésie post-critique partielle, qui surviennent toujours après ingestion d'alcool.

L'examen neurologique a toujours été normal.

../...

Nous discutons alors :

. le diagnostic d'épilepsie essentielle, révélée par l'alcool, sans traduction clinique en dehors des excès éthyliques,

. celui d'épilepsie alcoolique, du fait de la longue phase d'imprégnation et du caractère permanent de l'intoxication,

. la forme atypique d'épilepsie décrite par Bratz : "l'Affekt-épilepsie", rapportée à une étiologie alcoolique.

Mais, on peut s'interroger sur la validité d'un graphoélément rencontré une seule fois, sur une série de plusieurs tracés pratiqués en deux ans.

On notera également, qu'un tracé enregistré sous Imipramine et un autre, fait après arrêt du traitement anti-comitial et ingestion de deux verres de vin n'ont montré aucune anomalie.

Dans ces conditions, il semble difficile de mettre avec certitude sur le compte de l'épilepsie, les troubles de Guy.

Quoiqu'il en soit, lors de sa première hospitalisation, nous avons régidifié Guy : "c'est un alcoolique. S'il est venu si jeune à l'Hôpital Psychiatrique, c'est du fait de sa longue alcoolisation et d'une diminution de son seuil de tolérance à l'alcool".

Le comportement de Guy, adapté dans le service, "travaillant bien", est en faveur de ce diagnostic.

La pauvreté des relations entretenues avec lui ne permet pas, à ce moment là, de saisir en profondeur sa problèmatique.

Il est mis en relation avec le mouvement "Vie Libre", et il "accroche" d'emblée. Ce mode de prise en charge semble lui convenir parfaitement, et il adhère tout-à-fait au discours : "c'est l'alcool qui est responsable. Avec de la volonté, j'arriverai à ne plus boire".

II - MAIS, L'EVOLUTION DE GUY, au moment où il commence à travailler remet en question ce cadre dans lequel nous l'avions figé.

- des phénomènes d'angoisse apparaissent alors. Angoisse qui s'exprime verbalement : "ma mère ne m'a jamais aimé, mon père ne

../...

traite de bougnoul", et aussi par des excés éthyliques renouvelés.

- ces incidents ont lieu dans un atmosphère de provocation et de théatralisme. C'est de façon spectaculaire qu'il s'enivre et se fait ramener par "l'Autorité" à l'Hôpital (gendarmes ou pompiers).

- il ne présente pas de phobies caractérisées, mais ne supporte pas certaines situations de groupe et utilise des comportements d'évitement ou bien contra-phobiques (absorption d'alcool).

- il n'a pas non plus d'obsessions, mais un fond morbide de ruminations obsédantes. Il pense constamment à sa mère, ce qui le pousse à vérifier ses faits et gestes, allant pour cela jusqu'à questionner un voisin.

- il présente des troubles de l'hmmeur. Sur un fond déprosisf avec idées d'infériorité et de culpabilité, surviennent des passages à l'acte suicidaires avec auto-mutilation (s'allonge sur la chaussée devant une voiture, brise une vitre pour s'ouvrir les veines...)

Sur ce fond de dépression apparaissent des moments d'euphorie. Guy semble alors très à l'aise, il est souriant, participe aux différentes activités du service et peut avoir des contacts faciles avec les autres.

- il se montre parfois opposant avec :
  - . agressivité verbale et motrice,
  - . refus d'aliments,
  - . refus de traitement,
  - . mutisme.

- par ailleurs, on peut noter un caractère méfiant, rigide avec parfois des tendances interprétatives.

- il ne présente pas de troubles des perceptions, ni délire, ni autisme.

- cependant, il existe une pauvreté des contacts et des ivestissements, ainsi qu'un certain repliement sur lui-même.

- l'ambivalence colore tout son système relationnel :
  - . ambivalence qu'il projette sur sa mère : "elle ne m'aime pas, elle m'aime trop",
  - . co-existence du besoin d'être protégé et d'être rejeté.

../...

Les troubles présentés par Guy n'entrent pas dans un cadre nosographique défini de névrose ou de psychose.

Devant l'association de traits
- névrotiques,
- caractériels,
- et psychotiques,

nous envisageons l'hypothèse d'un "état limite".

En effet, les crises de violence qui surviennent sous alcool sont l'expression la plus apparente de la symptomatologie de Guy.

On peut penser qu'il s'agit à la fois d'une tentative de récupération d'une identité qui lui manque, et d'un essai de communication au niveau de la motricité.

"Le passage à l'acte est un court-circuitage de l'élaboration psychique, par le biais d'un surinvestissement de la motricité qui canalise en y figeant toute autre possibilité représentative, l'énergie instinctuelle" (DE MIJOLLA et SHENTOUB).

Durant ces accès sont exprimées à la fois, son agressivité vis-à-vis de l'autorité, sa puissance "je suis le plus fort", et sa provocation homosexuelle puisque ce sont des hommes qui le maitrisent et lui font des piqures.

Après la crise, c'est la dépression avec un désir de punition masochiste "mettez-moi aux sapins, pour que j'en prenne plein la gueule", faisant ainsi appel à un surhomme comme seule limite possible à ses fantasmes de violence.

Il n'ya donc pas de place pour la Loi du Père, qu'il transgresse constamment et Guy semble fonctionner avec un surmoi archaïque sévère et tout puissant.

L'état dépressif quasi-permanent de Guy est de type abandonnique, orienté vers le passé, avec un sentiment d'impuissance et de solitude.

../...

Il supporte mal les frustrations et a un besoin constant de compréhension, qui n'évite cepndant pas la dépression.

Sa relation d'objet est centré sur la dépendance à l'autre, l'autre étant relativement indifférencié pou Guy puisque chacun des soignants croit avoir avec lui une relation priviligiée. "C'est uh petit garçon", disent les infirmières, et c'est un réseau relationnel de type mère-enfant qui s'établit. Ayant dépassé la relation fusionnelle du type psychotique, il n' a pu accèder à la relation érotisée du névrosé.

Nous verrons plus en détail la dynamique du système relationnel de Guy, mais auparavant, nous allons essayer de compléter l'approche de sa personnalité, par un examen psychologique.

III - TESTS

Au cours de la première hospitalisation, on pratique des tests de niveau, car une formation professionnelle est envisagée. L'intelligence de Guy semble normale, malgré l'échec au Certificat d'Etudes primaires, dû sans doute à sa scolarité irrégulière et à ses conflits familiaux.

En Avril 1972,

- Le WECHSLER montre un QI à 90, avec échelle verbale à 110 et échelle de performance à 70. L'indice de détérioration est alors de 19 %, d'origine organique semble-t-il, et mis sur le compte de son épilepsie et de la boisson.

En Mars 1974, des tests de niveau et personnalité sont faits.

- Tests de Niveau :

Le résultat du WECHSLER est alors à 88, l'indice verbal est passé de 110 à 92, l'indice de performance de 70 à 86, la détérioration est de 44 %.

../...

Ces résultats semblent être en faveur d'une bonne adaptation institutionnelle.

La perte de la capacité intellectuelle nous parait liée à la détérioration organique et au système de dépendance par rapport à l'institution.

Le BENTON met en évidence des éléments organiques.

- Tests de Personnalité :

le M.M.P.I. (Minnésota Multiphasic Personnality Inventory), est en faveur d'une personnalité border-line avec des traits névrotiques (hystérie et dépression), caractériels, et psychotiques (paranoïa).

le T.A.T. (Thématic Apperception Test) :

Guy se projette de façon optimiste dans la première planche qui représente un enfant devant un violon. "Un petit gars apprend sa leçon de violon. Il veut devenir violoniste, il va y arriver !"

Dans les planches suivantes, il projette de façon obsessionnelle, sa problèmatique familiale avec le grand désir que sa mère n'ait pas connu d'autres hommes.

Mais, au fur et à mesure des planches, il ne tient pas le test et des éléments dépressifs apparaissent : dans ce thème obsessionnel du ménage à trois, personne ne peut vivre et il n'y a pas de place pour Guy.

Le thème du travail apparait, le travail semblant être le phallus de Guy.

De plus, intervient un problème d'ambivalence par rapport aux normes sociales : à la fois il ne peut s'y conformer ni s'en libérer.

Enfin, on note une mauvaise structuration sexuelle que l'on retrouve dans son aspect physique. Il s'identifie, tour à tour à un homme et à une femme.

Toute la dynamique de vie de Guy est entrecoupée d'accès de dépression qui l'empêchent d'agir.

../...

Le RORSCHACH : Refus systèmatique.

On peut se demander si Guy ne s'est pas structuré sur le mode institutionnel et s'il ne s'agit pas là d'une défense contre toute ingérance extérieure ?

Le Test du BONHOMME :

Montre un manque d'intégration sociale. Le dessin représente un personnage mou et non structuré, teinté d'éléments psychotiques. L'âge mental est de 6 ans et demi. Il s'agit là d'un système régressif mental; dû à des blocages affectifs énormes.

Le Test de l'ARBRE :

Met en évidence une impression de solitude avec une inadaptation sociale dûe à un manque de racines affectives au niveau parental.

Guy se vit comme "vide et abandonné".

DYNAMIQUE DES RELATIONS

I - ENTRE GUY ET SA FAMILLE :

Guy nait un an après le mariage de ses parents. Il portera le nom du mari de sa mère, mais il n'est pas son fils.

Que représente pour sa mère le vrai père de Guy ? On ne peut, à ce sujet, faire que des hypothèses. Il était aux dires du mari, contremaître dans l'entreprise où lui-même travaillait comme manoeuvre.

Cette liaison semble avoir duré jusqu'à la naissance de Guy. Son vrai père était d'ascendance arabe. Cependant il n'est pas typé : son visage est banal, plutôt fin, mais ses cheveux sont bruns, crêpus et il les porte en couronne autour de la tête.

- Le contexte familial permet à Guy d'être confronté très tôt avec le problème de l'alcool.

Le mari boit car il est rejeté par sa femme auprès de laquelle il n'a jamais su s'imposer. Après sa journée de travail, il rentre dans une maison où personne ne l'attend, où il n'existe pas. Plutôt pacifique, il boit et va se coucher. Mais, parfois l'alcool lui donne le courage d'affronter l'épouse réticente, et Guy assiste à ces scènes. Le mari est avili, méprisé par sa femme, mais néanmoins, Guy l'envie car "il couchait parfois avec elle".

- Autre contexte, celui de la "fête" : la mère boit et fait boire son fils pour recevoir ses amants. Grâce à l'alcool, il peut participer, être de la "fête".

Que de souvenirs restent fixés à ses premiers contacts avec la bouteille que, sans humour, il appelle "la tétoille".

Guy prétend boire de puis l'âge de 12ans, mais il dira par la suite, qu'il a commencé bien avant. Peut-être est-ce à 12 ans qu'il a commencé à éprouver un désir d'alcool, alors qu'avant c'était sa mère qui le faisait boire?

La mère s'est occupée de son fils qui était le premier-né : "elle le trainait partout et l'appelait son Gui-Gui", nous dit la tante.

../...

On ne peut s'empêcher d'évoquer le "gri-gri" des tribus africaines et aussi la signification sacrée attribuée au gui, autrefois.

Que représente Guy pour sa mère ? Il dit : "ma mère m'aimait trop, ou ma mère ne m'aimait pas". Il ne semble pas y avoir de place pour la tendresse dans cette relation : A la fois fétiche et alibi, Guy parait avoir été utilisé.

D'une part, il renforce la toute puissance de sa mère qui, grâce à lui, comble son manque. Il lui permet peut-être aussi de se justifier devant son mari quand elle va retrouver ses amants ou bien quand elle repousse ses avances. Il faut noter que la mère de Guy ne se fait pas entretenir par ses amants. C'est le mari qui subvient aux besoins de la famille, et elle-même travaille. "C'est une bonne travailleuse", dit toujours la tante qui, pourtant, ne l'aime guère.

Guy a donc été au courant et a assisté très jeune, à l'activité sexuelle de sa mère.

Il s'est trouvé en face d'une situation triangulaire perturbée, avec une image masculine multiple : mari + amants.

L'identification de Guy à sa mère, a pu sous-tendre des tendances homosexuelles et des fantasmes de toute puissance.

L'image de la femme semble dans un premier temps, être très dévalorisée, "ce sont toutes des putes", mais on s'aperçoit bien vite qu'il s'agit en fait d'une image à la fois magnifiée et effrayante. C'est la grande mère dévoratrice dont on ne peut s'approcher impunément, et cette image fait écran à tout autre système relationnel qu'il pourrait établir.

Il dit ne pas vouloir qu'on s'attache à lui, exprimant la crainte d'être un jour rejeté. Pour lui, tout lien affectif est dangereux, toutes ses relations restent superficielles.

Avec sa mère, il peut entretenir des relations de type passionnel. Il ne peut vivre avec elle : des scènes violentes ont lieu lors des permissions ; ni sans elle : il doit sans cesse revenir dans son village pour voir et savoir ce qu'elle fait.

../...

La mère, choisissant des amants de plus en plus jeunes, et même parmi les camarades de Guy, on peut se demander s'il ne s'est pas alors identifié à eux, ce qui lui a permis d'agir son fantasme incestueux ? Ainsi a pu se concrétiser une situation qui existait depuis toujours : coucher avec sa mère à l'âge de 17 ans, était peut-être la mise en acte de cette relation ?

Fantasme ou réalité ? La question reste posée : la tante de Guy nous en a parlé spontanément, approuvée par le père.

Dans le contexte des entretiens que nous avons eu avec lui, Guy nous a dit un jour très agressivement :

"Que pensez-vous d'un gars qui couche avec sa mère à 17 ans ? Oui, je vous ai menti, ma mère m'aimait trop".

L'état d'angoisse qui a suivi cet aveu était difficilement supportable par l'équipe. Devant le risque de passage à l'acte : "je vais la tuer et je me tuerai ensuite", et après une fugue où Guy a tout cassé chez sa mère, nous l'avons mis en cure de sommeil.

Quoiqu'il en soit, l'épisode incestueux, s'il a eu lieu, a pu contribuer à renforcer le système abandonnique de Guy puisque sa mère a continué à prendre des amants.

Il semble qu'après avoir utilisé son fils, sa mère veuille actuellement s'en débarrasser : c'est elle qui téléphone aux gendarmes lors des permissions. De plus, elle nous demande de l'enfermer ou bien de l'envoyer au loin "car il ne peut guérir", dit-elle.

L'identification à l'image morcelée du "père multiple", compte-tenu qu'il ne connait pas son véritable père, qui ne vit que dans son fantasme, n'a pu permettre à Guy de se structurer valablement en tant qu'homme.

Cette image masculine est complexe et ambigüe. Il s'agit d'un homme inconsistant, soumis à la mère, mais qui peut parfois imposer sa loi, grâce à l'alcool. C'est aussi celle de l'homme dont la mère a besoin dans sa recherche du plaisir, même si elle le rejette ensuite.

../...

Guy est le phallus de sa mère, qu'elle promène partout comme un fétiche. Cette situation d'appendice maternel non utilisé, semble avoir empêché la structuration sexuelle de Guy.

Pour la mère, montrer son phallus à tout le monde grâce à son fils, a pu contribuer à développer chez lui sa tendance exhibitionniste et théâtrale.

Tout puissant par l'appartenance au corps maternel, il est aussi complètement impuissant puisqu'il assiste aux ébats de sa mère. A la limite, il se trouve dans une relation homosexuelle avec l'amant à travers le corps de sa mère dont il fait partie.

C'est là une situation de voyeur que Guy doit assumer très tôt et on peut observer qu'il cache son regard comme on cache son sexe, détournant les yeux de son interlocuteur.

Dans la tentative de résoudre son ambivalence vis-à-vis de sa mauvaise identification masculine, on peut se demander s'il n'a pas cherché où se trouvait son propre phallus, en faisant un faux témoignage donnant son père à la police ? Cet acte équivaut à supprimer son père en tant que porteur de la Loi, en ayant recours à l'instance supérieure, qu'est la police.

Mais, le faux témoignage aurait aussi bafoué la Loi si le père n'avait obtenu un non-lieu qui le réhabilitait.

Cette tentative de meurtre du père, pour s'approprier la mère en devenant son complice, échoue.

Avec ses soeurs, dont il est très peu parlé, Guy parait avoir entretenu des relations assez superficielles. Mais, que signifie un tel silence ?

L'ainée de ses soeurs, qui a un an de moins que lui, a peut-être joué un certain rôle : Guy, à l'âge de 18 ans, a travaillé dans la même usine qu'elle. Après le licenciement de cette dernière, il dit avoir provoqué une bagarre, à la suite de quoi il s'est fait renvoyer. Il est possible que cette soeur ait servi de lien rassurant, représentant la famille, entre Guy et le monde du travail. Celle-ci, agée de 17 ans, a quitté la région peu après, pour aller à Marseille chez une marraine, et personne ne sait ce qu'elle est devenue.

../...

La deuxième, plus jeune de 5 ans, a adopté très tôt le mode de vie de sa mère, puisque dès l'âge de 15 ans, elle amenait des amants à la maison. C'est elle qui a fait un faux témoignage, disant que son père l'avait violée. Guy l'évoque avec un mépris apparent.

Les deux plus jeunes soeurs ont été placées chez des religieuses après le divorce des parents. Guy en a parlé une seule fois à un infirmier, disant qu'il aurait bien aimé les voir. Néanmoins, il n'en a rien fait alors que la pension où elles résident est située près de chez lui.

Il semble donc, étant donnée l'intensité des relations entre Guy et sa mère, que les soeurs n'aient eu qu'une importance de second plan pour lui.

II - ENTRE GUY ET L'INSTITUTION :

Avec les malades :

Guy n'a pas d'amis. Il s'isole dans le service et va rarement vers les autres de façon spontanée. Au bar, par exemple, où il vient régulièrement prendre son café, il part sans le commander quand il y a trop de monde.

Il est habituellement bien accepté par les autres malades.

. Les hommes, en particulier les éthyliques de 40 à 50 ans, adoptent un comportement un peu protecteur à son égard. Il fréquente parfois l'un deux, mais le plus souvent il est seul.

Une des rares relations qu'il a liée avec un de ces malades semble s'être située au niveau d'une identification à son idéal du Moi. Il s'agissait d'un homme de 30 ans, éthylique, mais présentant des caractères de stabilité et de décision, absents chez Guy. Cette relation, qui parait avoir compté pour lui, ne s'est pas poursuivie après le départ de ce malade.

../...

Episodiquement, Guy sort avec un psychotique de son âge, ayant lui aussi un problème avec l'alcool, du fait de l'éthylisme de son propre père.

. Avec les femmes, "c'est la grande fuite," dit une infirmière. Il se sent timide et ne sait pas quoi leur dire. "Je dois boire pour pouvoir leur parler ". C'est surtout vrai avec les femmes de son âge car il doit se sentir plus à l'aise avec les femmes agées. On observe qu'une polytoxicomane a joué auprès de lui, peut-être en référence à un fils de son âge, un rôle de type uniquement maternel et protecteur, durant la courte période où elle est restée à l'hôpital. Cette malade érotisait habituellement ses relations avec les hommes du service.

Ceci montre une fois de plus la non sexualisation de Guy, qui ne peut s'approcher d'une femme sans angoisse, et doit recourir à l'alcool pour "se remplir", car il ne se sent pas complet.

Il ne s'intègre pas spontanément à un groupe. Lors des bals du pavillon, il se tient à l'écart, l'air "boudeur". Il ne parle que si on le sollicite, alors qu'il a aidé à la préparation matérielle de la fête. "Jai peur, je ne me sens pas comme les autres. Je voudrais être intéressant et m'amuser avec eux".

Ainsi, Guy, objet de sa mère, n'existe pas de façon autonome et ne peut avoir ni opinion ni phallus à lui.

Avec l'équipe soignante :

Au cours de ces bals comme à l'issue de certains week-end, il adopte une attitude provocatrice et théâtrale.

C'est uniquement quand les infirmiers hommes sont en service qu'il "cherche la bagarre" :

Il va en ville et revient ivre au pavillon, soit en s'arrengeant pour qu'on le voit rentrer, soit en se faisant ramener par les pompiers ou les gendarmes. Il ne cherche pas à faire mal mais il est excité, casse des objets en proférant des menaces et des injures. Ce comportement entraîne une réponse "d'agression" de la part des infirmiers qui sont obligés de la maintenir et de lui faire une piqure pour le calmer.

../...

Cette conduite peut satisfaire à la fois le masochisme et l'homosexualité latente de Guy, mais c'est aussi le moment où il devient symboliquement le rival des amants de sa mère : "je suis fort, je suis costaud, vous allez voir..." et il se livre alors à des démonstrations de force.

La répétition de ces passages à l'acte a parfois été mal supporté par l'équipe qui a l'impression qu'il cherche à se faire rejeter.

"Avec lui, on tourne en rond ! Depuis le temps qu'il traîne, que peut-on faire pour lui ? Il va bien si on ne parle pas de sortie. Dès qu'il en est question, il fait à nouveau parler de lui !"

Il nous tient ainsi en échec et ses difficultés à vivre sont une sorte de défi plus ou moins bien supporté.

D'après certains infirmiers, Guy est "méfiant, toujours sur la défensive". Pour d'autres, le contact qu'on a avec lui reste "superficiel".

Dans l'intervalle de ses "esclandres", il est en général bien accepté et on le trouve "attachant".

Pour les infirmières, "c'est un petit garçon qui se fait prendre en charge" et cela entraîne des relations de type mère-enfant.

Guy n'exprime aucune demande verbale mais son comportement appelle la protection des différents membres de l'équipe qui ont le désir de le "voir s'en sortir" en l'aidant à résoudre ses problèmes.

La plupart pensant que Guy a des relations priviligiées avec chacun d'entre eux. C'est seulement lors de la mise en commun, au cours des synthèses, qu'il est apparu que ce dernier racontait la même chose à tout le monde mais avec une attitude différente avec chaque soignant. Ce même discours qu'il tient à chacun s'adresse indirectement, semble-t-il, au médecin.

Par rapport à l'équipe soignante, le médecin a une situation priviligiée. Amené à se confronter occasionnellement avec le malade, ses relations ne sont pas empreintes de la tension du quotidien.

../...

Quel message Guy cherche-t-il à transmettre au médecin, tant au niveau des actes que des paroles ?

Précisons que le médecin est une femme qui, pour Guy, est amenée à jouer un double rôle :

D'une part, elle est l'instance parentale qui représente le pouvoir et le savoir,

D'autre part, elle reproduit une image maternelle toute puissante : puissance par rapport aux infirmiers dans le système hiérarchique de l'institution.

Ainsi le médecin, à l'égal de sa mère, a tout pouvoir sur lui.

On peut noter dans l'attitude de Guy par rapport au médecin :

. Un comportement infantile "il est tout penaud avec le médecin et plus à l'aise avec nous", disent les infirmiers.

. Un essai de séduction au niveau de l'habillement qu'il soigne tout particulièrement avant les entretiens.

. Une provocation verbale de type incestueux "que pensez-vous d'un gars qui couche avec sa mère ?", provocation de type également masochiste, car appelant la censure et le rejet.

Par contre, aucune identification à une image paternelle symbolique n'a été possible du fait de l'absence prolongée d'un médecin chef dans le service, donc d'une autorité masculine.

III - ENTRE GUY ET LA SOCIETE :

Le système relationnel que Guy entretien avec la société, peut être envisagé à travers ses contacts avec l'assistante sociale, le mouvement Vie Libre, ses employeurs et les représentants de l'Ordre Public (gendarmes ou pompiers).

Guy donne à l'assistante sociale l'image du déviant qu'il tient à rester : "ça ne m'intéresse pas de travailler régulièrement, je veux pouvoir m'arrêter quand j'en ai marre. De plus, régler

../...

mes papiers, m'agace".

On peut noter la contradiction qui existe entre ce qu'il dit à l'équipe soignante et le discours tenu à l'assistante sociale.
D'une part, il manifeste le "désir" de travailler, répondant en cela à ce qu'il pense être le "désir" de l'équipe.
D'autre part, il dit le contraire à l'assistante sociale, qui, elle, pourrait l'aider à concrétiser ce projet.

Travailler comme les autres représente une forme d'identification à son père qui est depuis 15 ans, manoeuvre dans la même entreprise.

Guy aurait aimé être cuisinier mais ne peut supporter de le devenir car ce serait être superieur donc différent de son père. "Il est trop tard. Je veux rester manoeuvre et sale comme lui. De plus, je bois et ainsi je lui fais honte en lui montrant ce qu'il est, lui".

Il ne peut donc ni être identique à son père, ni être différent de lui. A la limite, il ne peut s'intégrer au monde du travail, alors qu'il aime accomplir des tâches pénibles et prolongées. L'ergothérapeutes et les infirmiers disent de lui : "Il sait travailler, il voit ce qu'il y a à faire et le travail ne lui fait pas peur".

Il s'agit donc bien d'une impossibilité à s'adapter à un travail socialisé. En effet, après une période de 5 mois de travail dans la même maison, alors que l'employeur allait le titulariser, il abandonne à la fois le travail et l'institution (période terminale de notre observation).

Au niveau de Centre Psychothérapique Barthélémy-Durand, le mouvement Vie Libre fonctionne avec un délégué homme, Monsieur A. et une ancienne infirmière, Madame B.

Lors de la première hospitalisation de Guy Monsieur A. venait régulièrement dans le service, prendre contact avec les éthyliques.

../...

Guy a été d'emblée pris en charge par ce mouvement dont les caractéristiques comblaient probablement un certain manque :

Mouvement d'anciens buveurs, Vie Libre s'inspire d'une idéologie d'aide et de soutien aux alcooliques en vue de les préparer à la sortie de l'hôpital et à la reprise du travail. Aide qui se poursuit hors de l'hôpital par des contacts avec les employeurs, et des réunions.

La règle et le but étant l'abstinence, on peut se demander si l'alcoolique dit "guéri" est plus libre devant l'alcool, que l'alcoolique tout court ?

Du fait de son caractère interdicteur, ce mouvement, qui nous parait paternaliste et surmoïque, a pu servir de "béquille" à Guy dans un essai de combler le manque d'une image paternelle valable ne lui ayant pas permis de constituer un surmoi oedipien.

Le premier contact avec Guy a été pris par Monsieur A. mais par la suite, ce dernier s'adressait préférentiellement à Madame B. qu'il allait voir spontanément.

Monsieur A. et Madame B. pouvant peut-être représenter un couple parental, ont permis à Guy de travailler pendant 6 mois à Brétigny, dans un milieu relativement protégé.

A partir de Février 1973, les contacts avec Vie Libre se sont progressivement dégradés. Guy a cependant conservé une relation avec Madame B. paraissant avoir dissocié la personne de sa fonction interdictrice. A ce moment, il semble que Madame B. ait servi à Guy d'intermédiaire avec l'équipe soignante.

Ce refus de l'autorité apparait plus évident dans son comportement vis-à-vis des représentants de la loi, gendarmes ou, à défaut, pompiers, dont la fonction propre est le maintion de l'ordre. Guy semble provoquer délibérément leur intervention en adoptant toujours le même comportement stéréotypé : il va dans un café, boit et insulte les autres consommateurs "sales cons, vous êtes tous des salauds...", ce qui déclenche des bagarres et le recours à la police.

../...

Les gendarmes sont également insultés et le ramènent à l'hôpital Psychiatrique.

S'il s'agit d'un "fou", leur autorité ne se trouve pas mentionnée.

Que ce soit l'assistante sociale, le mouvement Vie Libre, ou les représentants de la force publique, tous ces protagonistes sont vécus comme des "grandes personnes" porteurs d'une loi sociale, d'une autorité structurant un système d'organisation. Devant ces images, Guy demeure dans une situation aménagée de "pseudo-latence prolongée" (BERGERET), qui induit chez son interlocuteur un désir tout puissant de l'amener à l'état adulte. De cette façon, Guy maintient des systèmes de relation de type infantile qui entretiennent et accroissent sa dépendance.

ESSAI D'APPROCHE ANALYTIQUE DU COMPORTEMENT DE GUY

L'observation du système relationnel de Guy avec sa famille, l'institution et la société, nous a montré un certain nombre de caractéristiques, dont les troubles de la communication sont l'expression principale. Ces troubles paraissent sous-tendus par une dépression profonde et une mauvaise structuration sexuelle. Les passages à l'acte et le recours à la boisson qui le mettent en conflit avec l'autorité, seraient alors des moyens de lutte contre ces difficultés.

Cette façon d'être au monde établit et entretient un mode de dépendance vis-à-vis de son entourage.

Nous admettons l'hypothèse que le malade reproduit dans l'institution le type de comportement qu'il a vécu dans ses premières relations familiales.

Les troubles de la communication dont il vient d'être question sont à mettre en rapport avec un défaut de maturation de la personnalité.

On peut penser que la première relation de Guy à sa mère a été bonne, ce qui lui a permis d'éviter la psychose, et de vivre ce que Winnicott appelle "une situation de succès" pouvant servir de point d'appel à une régression à un stade de "dépendance relative" de son évolution. C'est-à-dire une étape intermédiaire entre la dépendance extrême du nourrisson par rapport à son "environnement" et le début des relations inter-personnelles.

En effet, selon Winnicott, "derrière la tendance anti-sociale il y a toujours un noyau sain, et ensuite une interruption après laquelle les choses ne sont plus jamais les mêmes".

La naissance de sa soeur, alors qu'il avait un an, a pu être pour Guy, une "rupture dans la continuité de son environnement et ainsi constituer un "véritable sevrage" (et pas seulement une simple privation) ; c'est-à-dire qu'il y a eu une perte de quelque chose de bon, qui a été positif dans l'expérience de l'enfant, et qui lui a été retiré" (WENNICOTT).

../...

On peut également supposer, d'après le vécu de Guy et ce que l'on connait de sa mère, qu'il a subi un "traumatisme psychique", peut-être conséquence d'une attitude de séduction maternelle. Ceci correspondant, ainsi que l'écrit Bergeret (EMC), "à un émoi pulsionnel survenu dans un état encore trop inorganisé et trop immature du Moi sur le plan de l'équipement, de l'adaptation et des défenses."

Ce traumatisme associé au sevrage, pourrait être à l'origine, non seulement des tendances antisociales et de l'alcoolisme, mais aussi de la structure dépressive et de l'arrêt du développement sexuel de Guy.

Les passages à l'acte sont les formes "d'une activité agressive et destructrice" toujours associée à "l'espoir de revenir à un état de choses antérieur au temps où il n'était pas privé et où tout allait bien" (WENNICOT).

Le comportement ultérieur de la mère, comme la défaillance permanente de l'image paternelle, n'ont pas pallié à ce qui aurait pu être une carence momentanée. Ainsi Guy, gardant l'espoir que "l'environnement" réparerait la faillite qui a causé le mal, s'est-il trouvé dans un système répétitif d'actes de violence.

Du fait de ce défaut de maturation, il se maintient dans un état de dépendance dite anaclitique où "il s'appuie entièrement sur son interlocuteur, aussi bien dans une attente de satisfaction passives, que dans une manipulation agressive" (BERGERET).

Son évolution, bloquée dans une "sorte de pseudo-latence plus précoce et plus durable que la latence normale" (BERGERET), n'a pas permis une différenciation sexuelle adulte et l'a empêché d'acquérir une véritable identité.

De ce fait, il n'est pas suffisamment organisé pour affronter la triangulation oedipienne. En outre, le représentant de la Loi qu'est le père, ne peut tenir sa place en raison de la structure

../...

pathogène du couple parental. Ainsi, le sur-moi de Guy ne se constitue par sur le mode oedipien mais sur un mode d'organisation archaïque. Il doit faire appel à un sur-moi tout puissant et cruel pour s'opposer à ses fantasmes agressifs, d'ou son comportement de révolte et d'auto-punition. Les crises de violence de Guy qui sont la recherche teintée "d'espoir" de quelque chose dont il a été "privé", sont également un effort d'identification à un père méprisé avec recours à une autorité supérieure pour apaiser son angoisse.

SYNTHESE

Guy a été suivi par nos services de février 1972 à mai 1974, soit environ deux ans et demi.

Au cours de cette période, il semble qu'on puisse distinguer trois phases.

De février à mai 1972, il est hospitalisé pour la première fois et apparait sous l'aspect typique de l'alcoolique, bon travailleur, "faisant plaisir" au personnel soignant.

On peut penser que le mouvement Vie Libre a joué un rôle paternel actif et parfois interdicteur, alors que l'équipe soignante a adopté une attitude maternelle, passive et tolérante.

De mai 1972 à février 1973. La reprise de travail coïncide avec le début des passages à l'acte : crises d'agitation psychomotrice à l'extérieur et dans le pavillon, comme s'il voulait démontrer qu'il a toujours besoin de l'aide de l'institution et qu'il est prématuré de le faire sortir définitivement. Pendant cette période, alternent des semaines en hôpital de nuit, un mois dans un foyer, quelques journées de réhospitalisation complète, puis il prend une chambre à Brétigny où il reste 3 mois :

On peut se demander si Guy ne s'est pas trouvé l'enjeu d'un conflit entre l'équipe soignante et le mouvement Vie Libre, conflit qui refléterait un désaccord quant au but poursuivi : le désir apparent de l'équipe étant son accession à l'autonomie alors que pour Vie Libre, il s'agissait d'une prise en charge de type infantilisant puisque interdicteur.

Il semble que là aussi, il y ait eu relation de type infantile entre l'équipe et ce que représente Vie Libre. Ce mouvement étant détenteur d'une morale insoutenable pour les soignants, il fallait la casser à travers Guy pour ne pas se sentir soi-même enfant, face au surmoi paternel représenté par Vie Libre.

../...

En outre, le désir des soignants masquait peut-être la méconnaissance du niveau de profondeur des problèmes de Guy.

On peut penser qu'il eut été plus satisfaisant qu'une meilleure coordination se fasse entre ces deux projets, l'un et l'autre en partie sous-tendus par des fantasmes de toute puissance.

De février 1973 à mai 1974.

Guy est d'abord réhospitalisé en permanence pendant un an, puis en hôpital de nuit de février à mai 1974. Il désinvestit le mouvement Vie Libre et l'institution prend pour lui une place prépondérante, ses relations se diversifient.

L'institution devient à la fois père et mère, renouvelant ainsi l'ambiguité de ses relations parentales. Elle tolère les passages à l'acte successifs. Comme nous l'avons déjà écrit, le passage à l'acte est à la fois l'expression d'un arrêt dans le développement affectif et un "espoir" de voir "l'environnement" réparer sa faillite. Espoir de Guy, mais aussi "espoir" de l'équipe soignante qui a pu tolérer ses crises de violence sans le rejeter. On peut donc se demander si l'Institution "Mère" n'a pas été quelque part, thérapeutique, puisqu'elle n'était pas "détruite" après ces accès et pouvait continuer à l'"aimer" ? Cette attitude tolérante n'était pas une démission mais résultait de décisions prises en synthèses d'équipe après discussion de plusieurs attitudes possibles, (camisole chimique, renvoi pur et simple, transfert dans un autre hôpital...)

Cela a sans doute donné à Guy un sentiment de sécurité qui lui a permi de verbaliser certains conflits. Cette verbalisation s'est faite sur un mode stéréotypé dont l'effet de catharsis épuisait peut-être l'angoisse liée aux affects exprimés.

Mais, l'angoisse devenant trop forte, Guy a fui tout dialogue. Il s'est réfugié "dans la santé", a trouvé un travail à l'extérieur et tout s'est à peu près bien passé pendant les quatre mois où il est resté en Hôpital de Nuit.

../...

A ce moment, il devait être titularisé dans son emploi, et on a envisagé la sortie.

Bien travailler, être titularisé, représentait l'accès au mode du travail adulte. Il nous avait "fait plaisir" et nous allions le rejeter. Il lui faudrait devenir responsable de lui même, affronter les autres....

Alors, les passages à l'acte ont recommencé et il a quitté à la fois le travail et l'institution.

Ainsi, il nous tenait en échec, nous montrant notre impuissance à l'aider, nous disant de cette façon qu'il pouvait se débrouiller seul, mais dans des conditions telles qu'il lui faudrait encore avoir recours à nous.

CONCLUSIONS

En conclusion, on peut se demander à quoi a servi cette prise en charge qui a duré deux ans et demi?

L'institution a peut-être maintenu Guy dans un état de dépendance le conduisant à une impasse, puisqu'il n'est pas parvenu à une autonomie suffisante qui lui aurait permis une insertion valable dans la société.

Certains membres de l'équipe soignante pensent que l'hospitalisation ne lui a rien apporté. D'autres disent même qu'elle l'a rendu plus malade, parce qu'avant, il avait "le travail de temps en temps, son petit 'coup de rouge', sa petite bagarre comme beaucoup", alors que maintenant : "c'est la même chose, mais en plus il est toujours déprimé et très souvent angoissé".

Peut-être y-a-t-il chez lui un certain degré de "chronicisation" ? Son installation dans un mode de vie permettant des bénéfices secondaires, tendrait alors à cristalliser son comportement dans un système répétitif et, comme l'écrit NACHT : "loin de libérer la pulsion, le passage à l'acte la multiplie ; le passage à l'acte en engendre un autre et toute une série, la répétition donne au sujet la preuve qu'il n'encourt pas de danger en le commettant".

Néanmoins, nous pensons que l'hospitalisation a procuré à Guy un sentiment de sécurité qui l'a amené à un début de verbalisation de ses conflits. L'angoisse qui s'est alors manifestée pourra peut-être favoriser ultérieurement l'émergence d'une demande psychothérapique.

D'autre part, il a établi des relations avec chacun des soignants, déplaçant ainsi sur l'institution et les personnes, une partie de l'attachement massif qui le liait à sa mère. Une tolérance relative de l'institution, a sans doute facilité la création de ces liens qui n'étaient pas érotisés, donc pas dangereux pour les soignants, tous désireux de l'aider.

Cette multiplicité des investissements affectifs aura pu représenter une étape utile et sécurisante dans un premier temps.

../...

Mais, notre erreur a été de continuer à répondre à la demande morcelée de Guy, favorisant ainsi sa dispersion et ses conduites d'évitement. Des visgaes trop nombreux ont perturbé l'acquisition des points de repère nécessaires à une meilleure structuration vers l'étape adulte.
A notre décharge, il faut dire que les changements fréquents dans le personnel, les niveaux de conscience différents des soignants, ont rendu difficile une vision commune de Guy.

Cependant, en ce qui concerne l'équipe soignante, cette longue hospitalisation a rendu possible l'évolution vers une meilleure compréhension de ces malades, qui ont une apparence de névrose grave, et dont les éléments caractériels, le recours à la boisson, masquent les traits psychotiques.

Ces sujets sont en général rejetés par les équipes du fait de leurs passages à l'acte violents et théâtraux.

Ils suscitent une réaction de "sympathie" immédiate car ils ne paraissent pas "fous". On pense que tout n'est pas perdu pour eux et qu'on pourra les aider. Mais, très rapidement, cette réaction de sympathie fait place au rejet, tellement ils semblent mettre de "mauvaise volonté" à s'améliorer.

Ils provoquent l'agressivité des soignants qui supportent mal d'être manipulés. En effet, de tels sujets leur font jouer, à la fois un rôle passif puisqu'il n'y a aucune demande verbale, et un rôle actif d'intervention où ceux-ci doivent se comporter comme des gardiens, garants de l'ordre. Ils transgressent constamment la Loi que nous subissons, et nous leur en voulons peut-être de s'autoriser ce qui nous est interdit.

L'effort de compréhension du comportement de Guy et des réactions qu'il entraînait chez nous, a aidé à contrôler notre agressivité sans qu'il y ait rejet. Nous avons également pu admettre notre difficulté à l'aider ainsi que la frustration de ne pas être des thérapeutes tout-puissants, aptes à le guerir.

../...

Cela nous a permis d'exprimer cette agressivité "parce que quand même il exagère, il gène tout le monde !", mais sans lui en tenir rigueur ensuite.

Cependant, nous ne croyons pas que l'hospitalisation seule suffise à ce genre de malade. Nous concevons l'hospitalisation comme faisant partie d'un ensemble thérapeutique comprenant d'autres lieux de soins, qui soient intermédiaires entre l'hôpital psychiatrique et l'isolement dans la cité.

Ces lieux de soins pourraient entrer dans le cadre d'une sectorisation comprenant la mise en place de foyers de post-cure, des lieux d'accueil après le travail, de type clubs de secteur, des ateliers protégés, etc....

Ce qui nous parait essentiel, c'est la constitution d'équipes de secteur comprenant médecins, infirmiers, assistantes sociales, psychologues ; Une seule équipe s'occupant d'un nombre donné de malades à travers les différents lieux, de façon à maintenir la continuité de leur système relationnel.

Une telle organisation nécessite un personnel nombreux, des réunions fréquentes pour permettre le dénouement des tensions et, pour les infirmiers, un aménagement de leurs conditions de travail et la possibilité d'une formation permanente.

Nous pensons en effet que l'effort thérapeutique en ce qui concerne les états-limites, se situe surtout au niveau d'un "environnement" stable et tolérant de façon contrôlée. Cet environnement pouvant les aider à atteindre une maturation suffisante pour leur permettre l'accession à un stade où l'analyse des relations interpersonnelles serait possible.

BIBLIOGRAPHIE

- J. AYME, PH. RAPPARD, H. TORRULA
Thérapeutique Institutionnelle, (E.M.C. 10. 1964.)

- A. BADICHE, O.J. SABOURAUD, J. TREHOT
et l'équipe soignante du pavillon Surcouf
Histoire d'un psychopathe border-line dans la communauté thérapeutique
Perspectives psychiatriques Avril 1972 n° 36

- Jean BERGERET
Les Etats-limites (E.M.C. 9.1970.)

- J. CLAVREUL
La parole de l'alcoolique, Psychanalyse n° 5

- Henry EY
La psychiatrie dans le cadre des sciences médicales (E.M.C. 2.1955.)

- S. FREUD
Analyse terminée et analyse interminable

- Erich FROMM
Société aliéné et société saine
Ed. Le courrier du Livre, Collection l'Université Permanente

- Josyane GUILLEMAUT
"Une Psychanalyse d'alcoolique" Résumé
Revue Française de Psychanalyse 5.6 Tome XXXVI sept. déc. 1972

- Mélanie KLEIN
La psychanalyse des enfants, Presses Universitaires de France

- L. LE GUILLANT, L. BONNAFE, H. MIGNOT
Problèmes posés par la chronicité sur le plan des institutions psychiatriques, Rapport d'assistance présenté au congrés de Psychiatrie et de Neurologie de langue Française,
LXII ° session, Marseille 7. 12 Sept. 1964

- H. MIGNOT
Le secteur (E.M.C. 5. 1967)

- A. de MIJALLA, S.A SHENTOUB
Pour une psychanalyse de l'acoolisme, Ed. Payot

- S. NACHT
Sur le passage à l'acte
Revue Française de Psychanalyse, XXVIII ° congrés des psychanalystes de langue Romane, Tome XXXII 1968. N° 5.6. sept. dec.

- P. SIVADON
La notion de modèle analogique en psychiatrie sociale
(Repointed from Excerpta Médica International Congress Services n° 150)
Proceedings of the IV world congress of psychatry
Madrid. 5. 11. spet. 1966)

- J. ROUART
"Agir" et processus psychanalytique
Revue Française de Psychanalyse, XXVIII ° congrés des psychanalystes de Langue Romane, Tome XXXII 1968. n° 5.6. spet. déc.

- M. TIMSIT
Etats-limites (E.M.C. 9. 1971)

- Dr D.W. WINNICOTT
de la Pédiatrie à la Psychanalyse, (Ed. Payot)

- Dr D.W. WINNICOTT
Processus de maturation chez l'enfant, (Ed. Payot)

Vu :
Le Président :
Signé : D.J DUCHE

Vu :
Le Doyen :
Signé : P. CASTAIGNE

Vu et permis d'imprimer :
Vu le Président de l'Université :
Signé : Mr. HERPIN

Edité par le Journal F L A M B E A U

Service

de Monsieur le Docteur

R A P P A R D

Médecin-Chef

CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE BARTHELEMY-DURAND

91150 - ETAMPES

M A R S 1 9 7 5